



RESPUESTA DEL GOBIERNO

(184) PREGUNTA ESCRITA CONGRESO

184/17614	01/07/2020	42935
184/17853,	03/07/2020	43561
184/17857, 184/17860,	03/07/2020, 03/07/2020	43565, 43568
184/17864, 184/17865,	03/07/2020, 03/07/2020	43572, 43573
184/17946, 184/17953,	06/07/2020, 06/07/2020	43700, 43707
184/18271	08/07/2020	44344

AUTOR/A: ROMERO SÁNCHEZ, Rosa María (GP); ECHÁNIZ SALGADO, José Ignacio (GP); BORREGO CORTÉS, Isabel María (GP); ALMODÓBAR BARCELÓ, Agustín (GP); GARCÉS SANAGUSTÍN, Mario (GP); CALLEJAS CANO, Juan Antonio (GP); OLANO VELA, Jaime Eduardo de (GP); PASTOR JULIÁN, Ana María (GP); GAMARRA RUIZ-CLAVIJO, Concepción (GP); RODRÍGUEZ HERRER, María Elvira (GP); VELASCO MORILLO, Elvira (GP)

RESPUESTA:

Las necesidades de información durante la gestión de una epidemia dependen de distintos factores, algunos de ellos cambiantes a lo largo del tiempo, que podemos resumir en tres grupos: aquellos que afectan a la definición de caso de interés (confirmado, sospechoso...), los que afectan a la oportunidad de la información (tiempos entre infección, inicio de síntomas, acceso al sistema sanitario, diagnóstico y notificación) y los asociados a la fase de la epidemia en que nos encontremos.

Si además estamos ante una pandemia, es necesario adaptarse a criterios internacionales comunes que influyen en los nacionales. Por ello, a lo largo de la epidemia, se ha solicitado a las Comunidades Autónomas la información epidemiológica que se consideraba necesaria para abordar la respuesta al COVID-19.

Una vez que se pasó de la fase de contención a la de mitigación, coincidiendo con la entrada en vigor del estado de alarma, el día 15 de marzo, se publicó una Orden indicando los datos que las Comunidades Autónomas tenían que comunicar diariamente al Ministerio de Sanidad (casos confirmados, casos hospitalizados, casos ingresados en UCIs...).



Posteriormente, con la disponibilidad de las pruebas serológicas para el diagnóstico, se ajustaron esos indicadores epidemiológicos, para diferenciar entre casos sintomáticos y asintomáticos confirmados, y por tipo de prueba, diferenciando entre diagnosticados por PCR o por test rápido, porque hasta ese momento no se habían usado estos test, y porque la información que aporta una u otra prueba, es distinta. Por tanto, también en relación a los datos, hemos actuado siempre siguiendo criterios técnicos y sanitarios.

A partir del 11 de mayo, ya en fase de desescalada, el objetivo de la vigilancia se centra en la detección más precoz posible, que permita una respuesta rápida y la contención más local posible de los casos y brotes, reduciendo los riesgos de diseminación inadvertida del virus. Este cambio de fase y de objetivos se ha acompañado de la nueva estrategia de vigilancia y detección precoz, que ha introducido nuevos indicadores porque la información que se requiere es otra. Por eso, lo que se solicita a las Comunidades Autónomas, además de los casos confirmados y hospitalizados, son los siguientes datos:

- Los casos sospechosos que se detectan.
- A cuántos de ellos se les realiza PCR.
- Indicadores referidos a fecha de inicio de los síntomas de los casos, porque indican los casos recientes, la fecha de consulta, la de diagnóstico y la de aislamiento del caso.
- Información sobre el número de contactos y cuántos de ellos inician síntomas, lo que permite saber si las cadenas de transmisión están identificadas y controladas, o no.

Además, les pedimos que la información se introduzca mediante las fichas individualizadas del Sistema para la Vigilancia en España, el conocido como SIVIEs, diariamente, y no mediante datos acumulados como en las fases iniciales de la pandemia.

Todo ello, con el objetivo de detectar de forma precoz cualquier incremento de casos sospechosos o nuevos casos confirmados que pudiera producirse, para poder actuar con la mayor celeridad.

Por tanto, a partir del 11 de mayo hemos pasado de obtener la información de las tablas con datos agregados, que proporcionaban las Comunidades Autónomas, a obtenerla a través de las fichas individualizadas, de cada caso, que deben introducir en el SIVIEs.



Esto es así por dos razones:

- La primera, porque en los momentos más críticos de la pandemia, muchas de las Comunidades Autónomas no tenían capacidad para enviar la información de forma individualizada.
- Y la segunda, porque ahora, además de que tienen capacidad de hacerlo, necesitamos que las Comunidades Autónomas hagan este esfuerzo para articular un buen sistema de detección precoz, que es fundamental para la desescalada.

Adicionalmente, se indica que los informes del Sistema de Monitorización de la Mortalidad diaria (MoMo), del Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), recogen las defunciones totales notificadas por los Registros Civiles a través de INE, no sólo por COVID-19. El sistema MoMo incluye, por lo tanto, defunciones por todas las causas de fallecimiento, y la información no está desagregada por causas. El exceso de muertes puede deberse a causas directas, por motivo de la enfermedad que causa la epidemia, o por causas indirectas. Por tanto, para una correcta interpretación de las estimaciones que ofrece MoMo hay que tener en cuenta todos estos factores que pueden contribuir a la mortalidad directa e indirecta, además de los cambios en la estructura social, las modificaciones en la actividad del sistema sanitario, así como las posibles alteraciones en los sistemas de notificación de fallecidos, entre otros factores

Por último, indicarles a sus Señorías que pueden consultar, en la página web del Ministerio de Sanidad, la Estrategia de diagnóstico con los anexos de comunicación de datos:

https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCoV-China/documentos/COVID19_Estrategia_vigilancia_y_control_e_indicadores.pdf

Por otro lado, en relación con los informes sobre profesionales, una de las tareas realizadas en el Centro Nacional de Epidemiología (CNE) del ISCIII, a lo largo de la pandemia por coronavirus, ha sido la elaboración de informes COVID-19, entre los cuales se encuentran los informes sobre profesionales sanitarios. Estos informes recogen el análisis de los casos COVID-19 en personal sanitario notificados a la RENAVE (Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica) en España y se van actualizando periódicamente.

En estos informes se muestra la distribución de los casos por fecha de inicio de síntomas y de diagnóstico, por Comunidades Autónomas, por características demográficas, clínicas y epidemiológicas, por sexo y rango de edad, e incluye la distribución de los casos por hospitalizados /no hospitalizados, ingresados en UCI y



defunciones. Están disponibles en la página web del ISCIII, a través del siguiente enlace:

<https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Paginas/InformesCOVID-19.aspx>

Por último, remitir a Sus Señorías a todas las comparencias realizadas por el Ministro de Sanidad, en el Congreso de los Diputados y en el Senado, donde ha dado cuenta de este asunto.

Madrid, 17 de septiembre de 2020